

Säker kirurgi räddar liv

Operationssjuksköterskans erfarenhet av att arbeta med WHO:s checklista för säkerhet vid operationer

FÖRFATTARE	Evelina Brorsson Emma Jägsmyr
PROGRAM/KURS	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot operations- sjukvård/Examensarbete i omvårdnad/OM5340 VT 2015
OMFATTNING	15 Högskolepoäng
HANDLEDARE	Lars-Olof Persson
EXAMINATOR	Kristofer Bjerså

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



Titel (svensk):	Säker kirurgi räddar liv – Operationssjuksköterskans erfarenhet av att arbeta med WHO:s checklista för säkerhet vid operationer
Titel (engelsk):	Safe surgery saves lives – The operating room nurses' experience of working with the WHO surgical safety checklist
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot operationssjukvård/Examensarbete i omvårdnad/OM5340
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	28 sidor
Författare:	Evelina Brorsson Emma Jägsmyr
Handledare:	Lars-Olof Persson
Examinator:	Kristofer Bjerså

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Kirurgi är ett växande område inom hälso- och sjukvården. Komplikationer är vanliga, men går ofta att förebygga. Världshälsoorganisationen (WHO) har utvecklat en checklista för att öka säkerheten inom kirurgi och minska risken för komplikationer. **Syfte:** Syftet med studien var att undersöka erfarenheten av att arbeta med WHO:s checklista för säkerhet vid operationer hos operationssjuksköterskan. **Metod:** Data samlades in genom en enkätundersökning vid två sjukhus i Västra Götalandsregionen. **Resultat:** Närmre 80 procent av operationssjuksköterskorna uppgav att checklistan alltid används vid elektiva operationer, jämfört med drygt 50 procent vid icke elektiva operationer. Majoriteten av respondenterna ansåg att det är allas ansvar att checklistan används. Drygt hälften av operationssjuksköterskorna uppgav att en korrekt ”timeout” och ”avslut” oftast genomfördes. Majoriteten av respondenterna ansåg att checklistan bidrog till en ökad patientsäkerhet, en förbättrad kommunikation och en ökad teamkänsla. Över 80 procent ansåg inte att checklistan fördröjde arbetet på operationssalen. **Slutsats:** Operationssjuksköterskans erfarenhet av att arbeta med WHO:s checklista för säkerhet vid operationer visar på en god följsamhet. I framtiden behövs fler studier för att undersöka vad andra yrkeskategorier på en operationsavdelning har för erfarenhet av att arbeta med checklistan.

Nyckelord: Checklista, kommunikation, operationssjuksköterska, patientsäkerhet, teamarbete, WHO

ABSTRACT

Background: Surgery is a growing field in healthcare. Complications are common, but are often preventable. The World Health Organization (WHO) has developed a checklist to increase surgical safety and to decrease the risk of complications. **Aim:** The aim of this study was to examine the experience of working with the WHO surgical safety checklist among operating room nurses. **Method:** Data was collected through a survey at two hospitals in Västra Götalandsregionen. **Result:** Almost 80 percent of the operating room nurses said that the checklist is always used in elective surgeries, compared to just over 50 percent in non-elective surgeries. The majority of the respondents believed that it is everybody's responsibility to make sure the checklist is being used. More than half of the operating room nurses said that a correct ”timeout” and ”sign-out” was completed most of the times. The majority of the respondents believed that the checklist contributed to a better patient safety, a better communication and an improved teamwork. Over 80 percent didn't think that the checklist delayed the work in the operating room. **Conclusion:** The operating room nurses' experience of working with the WHO surgical safety checklist shows good compliance. In the future, further studies are needed to examine the experience of working with the checklist amongst other teammembers in the operating room.

Keywords: Checklist, communication, operating room nurse, patient safety, teamwork, WHO

INNEHÅLL

	Sid
INTRODUKTION	1
INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Patientsäkerhet	1
WHO:s checklista	3
Checklistans innehåll	4
Kommunikation och teamarbete	5
Operationssjuksköterskans profession	7
PROBLEMFÖRMULERING	8
SYFTE	8
FRÅGESTÄLLNINGAR	9
METOD	9
DESIGN	9
URVAL	9
DATAINSAMLING	9
ENKÄT	10
DATAANALYS	11
FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	11
RESULTAT	12
Demografisk data	12
Checklistans användargrad	13
Ansvar för genomgången	14
Timeout och avslut	15
Patientsäkerhet, kommunikation och teamkänsla	15
Tidsåtgång	16
Jämförelser	16
Övrigt	17
DISKUSSION	17
METODDISKUSSION	17
RESULTATDISKUSSION	19
SLUTSATS	23
REFERENSER	24
BILAGOR	
1 Checklista för säkerhet vid operationer	
2 Enkät	
3 Informationsbrev	
4 Forskningspersonsinformation	

INTRODUKTION

INLEDNING

Kirurgi är ett växande område och kirurgiska ingrepp ökar i takt med övrig hälso- och sjukvård. Över hela världen utförs det uppskattningsvis omkring 234 miljoner operationer varje år (Weiser, Regenbogen, Thompson, Haynes, Lipsitz, Berry & Gawande, 2008). Trots att dessa operationer syftar till att rädda liv kan ett kirurgiskt ingrepp leda till komplikationer, svåra skador och i värsta fall döden. Komplikationer kan innebära postoperativa infektioner, blödningar som kräver blodtransfusioner, reoperation, hjärtstillestånd etcetera. Medicinska komplikationer anses kunna förebyggas i hälften av alla fall (Haynes et al., 2009). Dålig kommunikation bidrar till en stor andel av alla incidenter inom hälso- och sjukvården (Gawande, Studdert, Zinner & Brennan, 2003) med hierarkier (Allen, 1997), bristande teamarbete (Giddings & Williamson, 2007) och en oförmåga att öppet diskutera problem (Sexton, Thomas & Helmreich, 2000) som hindrar patientsäkerhetsarbetet.

För att öka säkerheten inom kirurgi och minska risken för komplikationer lanserade Världshälsoorganisationen (WHO) kampanjen 'Säker kirurgi räddar liv' år 2007 (Haynes et al., 2009). Som ett led i detta projekt kom 2008 WHO:s checklista för säkerhet vid operationer. Den är ett enkelt verktyg och rekommenderas att användas av operationsteam världen över (Världsalliansen för patientsäkerhet, 2009). Checklistan syftar till att stärka redan inarbetade säkerhetsrutiner samt främja bättre kommunikation och teamarbete (WHO, 2008). Efter införandet av WHO:s checklista visade en pilotstudie positiva effekter med minskade komplikationer i samband med kirurgi från 11 procent före införandet av checklistan, till sju procent efter införandet av checklistan. Dödligheten minskade från 1,5 procent till 0,8 procent (Haynes et al., 2009).

BAKGRUND

Patientsäkerhet

Begreppet patientsäkerhet definieras enligt Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) som skydd mot vårdskada. Med vårdskada menas *när en patient drabbas av lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder*

hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården (SFS 2010:659). Att vården ska vara säker är utgångspunkten för allt kvalitetsarbete som bedrivs inom hälso- och sjukvården (Socialstyrelsen, 2012).

Det är hälso- och sjukvårdspersonalens skyldighet att bidra till en hög patientsäkerhet (SFS 2010:659), men vården måste också utformas med hänsyn till att människor begår misstag (Socialstyrelsen, 2012). Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) fastslår att vårdgivaren ska vidta nödvändiga åtgärder för att förebygga vårdskador. Trots detta så inträffar det allt för många vårdskador som hade kunnat undvikas (Socialstyrelsen, 2012). Enligt Socialstyrelsen (2012) skadas det varje år över 100 000 människor i svensk hälso- och sjukvård och andelen patienter som råkar ut för en vårdskada förväntas öka med tiden (Baines et al., 2013).

Förutom att detta medför ett stort lidande för den drabbade patienten så innebär det också ökade kostnader för sjukvården. I industrialiserade länder kan nära hälften av alla vårdskador relateras till kirurgi (WHO, 2008). Socialstyrelsen (2012) menar att det är bristande rutiner och riktlinjer samt brister i kommunikation och information som är de vanligaste bakomliggande orsakerna till allvarliga vårdskador. Med allvarlig vårdskada menas enligt Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) att den är bestående eller har lett till ett ökat vårdbehov för patienten eller att patienten har avlidit.

För att upprätthålla en god patientsäkerhetskultur i en verksamhet är det viktigt med tydliga riktlinjer och rutiner som ska vara kända och accepterade av alla medarbetare (Socialstyrelsen, 2012). Till viss del handlar säker vård om enskilda individers kunskap och agerande, men det handlar framförallt om verksamhetens förmåga att implementera säkerhetsrutiner (Sveriges Kommuner och Landsting, 2008). Socialstyrelsen (2012) har i sin strategi för ökad patientsäkerhet en nollvision för antalet vårdskador i framtiden. De menar att utvecklingen av patientsäkerheten behöver genomföras på flera nivåer inom hälso- och sjukvården och det är viktigt att följa upp mål och insatser (Socialstyrelsen, 2012).

Operationssalen är en av de mest komplexa arbetsmiljöerna inom hälso- och sjukvården. Att skapa en säkerhetskultur borde vara av högsta prioritet inom operationsteamet (Nilsson, Lindberget, Gupta & Vegfors, 2010). Trots att kirurgiska ingrepp syftar till att rädda liv, kan kirurgisk vård som inte är säker orsaka stor skada hos patienten. I industrialiserade länder visar studier på inneliggande patienter att svåra komplikationer inträffar i tre till 16 procent av alla kirurgiska ingrepp. Av dessa leder 0,4-0,8 procent till permanenta skador eller döden. I

utvecklingsländerna ligger dödssiffran i samband med kirurgi på fem-tio procent (WHO, 2008). För att höja patientsäkerheten tog WHO fram tio mål för en säkrare kirurgi. Dessa mål består bland annat av att operationen ska ske på rätt patient och på rätt operationsställe, den givna anestesi ska vara säker och hjälpa patienten till smärtfrihet, infektioner ska förebyggas och allt material som används under operationen ska kontrollräknas. Dessa mål sammanfattas i WHO:s checklista för säkerhet vid operationer, vilken utvecklades för att hjälpa operationsteam att minska vårdskador. Checklistan ska säkerställa att preoperativa, intraoperativa och postoperativa åtgärder som ökar patientsäkerheten utförs på ett effektivt sätt och i rätt tid (WHO, 2008).

WHO:s checklista

Checklistor introducerades på 1930-talet inom flygindustrin för att ta itu med den mänskliga faktorn i samband med att nya och mer tekniskt avancerade flygplan togs fram (Weiser, Haynes, Lashoher, Dziekan, Boorman, Berry & Gawande, 2010; Winters, Gurses, Lehmann, Sexton, Rampersad & Pronovost, 2009). Checklistorna designades kring tekniska arbetsmoment så som före start och landning, då flygbesättningen kan bekräfta att livsviktiga åtgärder har utförts medan det fortfarande finns tid att åtgärda sådant som eventuellt har missats (Turner, 2001). Operationsmiljön och flygindustrin liknar varandra på så sätt att båda är stressiga högriskmiljöer där multiprofessionella team ska samarbeta (Gaba, Howard & Small, 1995; Helmreich, 2000). Det som flygindustrin hade förstått sedan länge är att människor begår misstag och checklistor tillåter att dessa misstag upptäcks och kan åtgärdas innan de orsakar någon skada (Gawande, 2009). Utredningar av incidenter inom flygindustrin fann att kommunikation och situationsmedvetenhet är nödvändigt om team ska kunna hantera potentiellt hotande situationer och arbeta säkert (Fletcher, McGeorge, Flin, Glavin & Maran, 2002).

Checklistor ska vara evidensbaserade och ta upp de viktigaste punkterna ur patientsäkerhetssynpunkt. Särskilt de som är lätta att förbise, men som kan leda till allvarliga konsekvenser för patienten (Weiser et al., 2010). Med ett standardiserat utförande kan checklistor minska risken för fel på grund av försummelse, då personalen inte behöver förlita sig på minnet (Bosk, Dixon-Woods, Goeschel & Pronovost, 2009). WHO:s mål var att skapa en checklista som främjar kommunikation och samarbete inom operationsteamet, som är generellt användbar, som kan rädda liv och som kan genomföras inom 60-90 sekunder i de flesta situationer (Weiser et al., 2010).

För att utvärdera effekten av WHO:s checklista gjordes en pilotstudie på åtta sjukhus världen över, fyra sjukhus i industrialiserade länder och fyra sjukhus i utvecklingsländer (Haynes et al., 2009). Studien undersökte antalet inträffade komplikationer inom 30 dagar hos vuxna patienter som genomgått kirurgi (ej hjärtkirurgi). Dödligheten i samband med kirurgi minskade totalt från 1,5 procent till 0,8 procent, och komplikationerna minskade från 11 procent till sju procent. Resultaten var något bättre i utvecklingsländerna. Studien fann även en förbättring i säkerhetstänkande som korrelerade med minskningen av postoperativa komplikationer. Över 90 procent av respondenterna ville att checklistan skulle användas om de själva skulle genomgå en operation (Haynes et al., 2011).

Även senare studier har visat att användandet av WHO:s checklista förbättrar kommunikationen och säkerställer rutiner som till exempel användandet av antibiotika- och trombosprofylax (W-Dahl, Robertsson, Stefánsdóttir, Gustafson & Lidgren, 2011; Takala et al., 2011; Böhmer et al., 2012; Truran, Critchley & Gilliam, 2011; Berrisford, Wilson, Davidge & Sanders, 2012).

Checklistans positiva effekter på komplikationer inom operationssjukvården beror på hur väl den introduceras. Det är viktigt att förklara varför och på vilket sätt den ska användas i praktiken (Bosk et al., 2009). Nyckeln till en lyckad introduktion är utbildning och träning (Nugent, Hseino, Ryan, Traynor, Neary & Keane, 2012) och WHO (2008) menar att det krävs övning för att operationsteam ska lära sig att använda checklistan effektivt. Varje operationsavdelning måste själv, genom träning och användning av checklistan, utvärdera hur den på bästa sätt kan integreras i arbetsflödet (Världsalliansen för patientsäkerhet, 2009).

Mer än 4000 sjukhus i 22 länder har registrerat sig som användare av WHO:s checklista för säkerhet vid operationer (Walker, Reshamwalla & Wilson, 2012). År 2009 översatte Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag (LÖF), enligt överenskommelse med WHO, checklistan till svenska (Världsalliansen för patientsäkerhet, 2009). Varje operationsavdelning uppmuntras att modifiera checklistan för att bättre anpassa den till lokala säkerhetsrutiner (WHO, 2008; Världsalliansen för patientsäkerhet, 2009).

Checklistans innehåll

Den svenska versionen av WHO:s checklista (bilaga 1) består av 22 punkter vilka är indelade i tre operationsfaser. Genomförandet av varje fas är tänkt att göras i samband med naturliga

pauser under operationsförloppet för att inte störa arbetsflödet. Genomgången av den första fasen ska vara färdig innan nästa fas påbörjas och checklistans alla punkter ska läsas högt så att alla i operationsteamet kan höra och har möjlighet att diskutera eller delge nödvändig information. Ingen enskild yrkeskategori bär ansvaret för checklistan utan alla i operationsteamet ansvarar för dess genomgång (Världsalliansen för patientsäkerhet, 2009).

Den första fasen, sign in/förberedelse, sker före inledning av anestesi. Den innehåller kontrollpunkter för bland annat bekräftelse av patientens identitet och plats för incision, att operationsområdet är markerat, eventuella allergier och förväntad blodförlust. Under den första fasen behöver inte operatören medverka, men det kan underlätta då operatören troligtvis har en tydligare bild av till exempel förväntad blodförlust (Världsalliansen för patientsäkerhet, 2009). Enligt praxis är sällan operationssjuksköterskan med under denna fas.

Den andra fasen, timeout, sker precis före incision. Alla medlemmar i operationsteamet presenterar sig med namn och yrkesroll, patientens identitet bekräftas liksom plats för incision, planerad operation och beräknad operationstid. Operationssjuksköterskan bekräftar steriliteten, att korrekt utrustning finns på plats och fungerar och att patienten är korrekt upplagd. Väntade kritiska moment tas upp samt huruvida antibiotika- och trombosprofylax har givits (Världsalliansen för patientsäkerhet, 2009).

Den sista fasen, sign out/avslutning, ska genomföras innan patienten lämnar operationssalen. Operationsteamet stämmer av vilket ingrepp som har utförts, operationssjuksköterskan bekräftar att antalet instrument, dukar och nålar stämmer, att eventuella preparat är korrekt märkta och operationsteamet går igenom det postoperativa omhändertagandet. Avslutningsvis tas frågan upp om det finns något teamet kan ta lärdom av från den genomförda operationen och om något kunde gjorts bättre (Världsalliansen för patientsäkerhet, 2009).

Kommunikation och teamarbete

Ordet kommunikation härstammar från latinets *communicatio* som betyder ömsesidigt utbyte (Rosengren, 2015). Samspelet med andra människor sker på samma gång via många olika kanaler som till exempel språk, tal, kroppsrörelser, mimik, ögonkontakt och gester (Nilsson & Waldemarson, 2007).

Inom hälso- och sjukvården krävs det ett väl fungerande samarbete runt patienten. Effektiv kommunikation är en viktig förutsättning för att samarbetet ska fungera och för att vi ska kunna ge en god vård. Ingen yrkesgrupp är ensamt ansvarig för patientsäkerheten. Brister i samarbete och kommunikation mellan vårdgivare har förknippats med högre mortalitet, längre sjukhusvistelse för patienten och mer postoperativ smärta (Knaus, Draper, Wagner & Zimmerman, 1986; Shortell et al., 1994; Gittell et al., 2000). Sharp (2012) menar att vi inom hälso- och sjukvården är tränade att ha en bra kommunikation med patienter och närstående, men när det kommer till kommunikationen med varandra som vårdgivare finns det andra faktorer som spelar in, till exempel hierarkier och yrkesroller. Dessa menar Sharp (2012) kan ha en negativ inverkan på kommunikationen och i förlängningen även patientsäkerheten. Studier har visat att sjuksköterskor och läkare har olika uppfattningar om kvaliteten på kommunikationen (Huang et al., 2007; Modak, Sexton, Lux, Heimreich & Thomas, 2007; Makary, Sexton, Freischlag, Holzmueller, Millman, Rowen & Pronovost, 2006). Läkare tenderar att uppleva samarbetet och kommunikationen mer positivt än vad sjuksköterskor gör (Mills, Neily & Dunn, 2008). En bristande kommunikation inom och mellan olika professionella yrkesgrupper anses vara den vanligaste orsaken till vårdskador. Att kommunikationen brister beror emellertid sällan på slarv eller ouppmärksamhet. Ofta kommuniceras viktiga saker medan vi är upptagna och fokuserade på andra arbetsuppgifter (Sharp, 2012).

WHO har identifierat operationssjukvården som ett område där åtgärder behöver genomföras för att öka patientsäkerheten (Sharp, 2012). Studier har visat att vanliga problem inom operationssjukvården är brister i informationsöverföring och ostrukturerad kommunikation (Wong, Forrest, Healey, Shirafkan, Hanna, Vincent & Sevdalis, 2011). På en operationssal leder brister i kommunikationen till misstag, dålig användning av resurser, slöseri med material, frustration, förseningar och inställda operationer (Lingard et al., 2004). Eftersom operationssjukvården är både multiprofessionell och högteknologisk, kan ett missförstånd inom operationsteamet leda till allvarliga konsekvenser för patienten (Sharp, 2012). Det ställs därför stora krav på en effektiv kommunikation inom operationsteamet. Genom tydliga roller och en strukturerad kommunikation ökar förutsättningarna att bedriva en säker vård (Sharp, 2012). Ett bra samarbete i operationssalen är en förutsättning för att patientens operation ska kunna genomföras på ett säkert sätt (Lindwall & von Post, 2008).

Nationalencyklopedin (NE) definierar ordet team som en mindre grupp människor som samarbetar med ett gemensamt syfte (NE, 2015). Sandberg (2006) beskriver teamarbete där alla representanter i teamet har en tydlig roll samt har en god kommunikation och ett bra samarbete för att tillsammans nå det eftersträlvade målet. Ett operationsteam består av alla som är med under den enskilde patientens operation. Vanligtvis är det en eller flera operatörer, operationssjuksköterskor, anestesiologer, anestesijuksköterskor, undersköterskor och eventuella tekniker. Alla ansvarar för patientens vård och arbetar tillsammans för att operationen ska utföras på bästa sätt och med ett bra slutresultat (Världssalliansen för patientsäkerhet, 2009). Alla individer i teamet har olika kompetenser och är ömsesidigt beroende av varandra. Att dra nytta av varandras olika kompetenser, och att samarbeta gör operationsteamet starkt. Det blir en så kallad synergieffekt, där alla teammedlemmars kompetens är större än den enskilde individens kompetens, vilket ses som en samarbetsvinst. Ordet synergi kommer ursprungligen från grekiskans synergein och är ett uttryck för samverkan, en av de två egenskaper som krävs för att en arbetsgrupp ska få kallas ett team. Den andra egenskapen är att teamet har en tydlig målbild, vilket innebär att alla som arbetar i teamet vet vilket mål de arbetar mot, samt har en enig uppfattning av arbetet (Sandberg, 2006). Kvaliteten på, och upplevelsen av teamarbete påverkar vården av patienten (Carney, West, Neily, Mills & Bagian, 2010). En säkrare vård uppnås genom att alla teammedlemmar förstår vikten av att arbeta i ett team och att de olika kompetenserna tas på allvar. Ett gott teamarbete med god kommunikation och täta informationsutbyten, vaksamhet och medvetenhet ökar patientsäkerheten genom att det minskar risken för postoperativa komplikationer och dödsfall (Mazzocco et al., 2009).

Operationssjuksköterskans profession

I Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen inriktning mot operationssjukvård (2011) står det att operationssjuksköterskan är ansvarig för omvårdnaden av patienten före, under och efter ett kirurgiskt ingrepp eller undersökning.

På en operationsavdelning sker arbetet i team, hur väl teamets olika kompetenser tillvaratas påverkar kvaliteten på vården (Kompetensbeskrivning, 2011). Sjuksköterskan ska delta i implementeringen av system som främjar effektivt teamarbete (Quality and Safety Education for Nurses [QSEN], 2014). Operationssjuksköterskans kompetens ligger i hans eller hennes specifika kunskaper i perioperativ omvårdnad. Han/hon ska ha kompetens att ansvara för en god och patientsäker vård genom att kontrollera patientens identitet, sidomarkering och vilket

kirurgiskt ingrepp som ska utföras. Han/hon ska tillsammans med operationsteamet ansvara för en patientsäker positionering, förebygga vårdskador och komplikationer i enlighet med evidensbaserad vård samt utföra kvalitativa och kvantitativa kontroller för att förhindra oavsiktligt kvarlämnande av material. Han/hon ska ansvara för att vävnadsprov tas om hand, reflektera kritiskt över den perioperativa omvårdnadens rutiner och metoder och i samråd med operationsteamet fatta beslut (Kompetensbeskrivning, 2011). Enligt QSEN (2014) ska sjuksköterskan identifiera och rätta till systemfel och risker i vården, samt använda effektiva strategier så som checklistor för att minska behovet av att förlita sig på minnet. I Kompetensbeskrivningen (2011) står det även att operationssjuksköterskan ska planera, leda, utveckla, implementera och utvärdera aktuella forsknings- och förbättringsarbeten samt använda sig av WHO:s checklista för säkerhet vid operationer. Inom hälso- och sjukvården har operationssjuksköterskan en given plats med sin unika kompetens som inte kan ersättas av någon annan medarbetare.

PROBLEMFORMULERING

Kirurgi är ett växande område inom hälso- och sjukvården. Det är en komplex och riskfylld verksamhet där komplikationer är vanligt förekommande, men ofta går att förebygga. En bidragande orsak till många vårdskador är dålig kommunikation. Många olika yrkeskategorier ska samarbeta i operationsteamet och en effektiv kommunikation är en viktig förutsättning för att samarbetet ska fungera. Det har nu gått drygt fem år sedan WHO:s checklista för säkerhet vid operationer introducerades i Sverige. Checklistan syftar till att stärka redan inarbetade säkerhetsrutiner och främja bättre kommunikation och teamwork. Hur väl checklistan implementerats beror bland annat på hur relevant den upplevs av operationsteamet. Det finns inte så många studier gjorda i Sverige efter införandet av checklistan.

SYFTE

Studiens syfte var att undersöka erfarenheten av att arbeta med WHO:s checklista för säkerhet vid operationer hos operationssjuksköterskan.

FRÅGESTÄLLNINGAR

- I vilken utsträckning används WHO:s checklista?
- Finns det någon skillnad i användargrad mellan elektiv- respektive icke elektiv operationssjukvård?
- Vem tycker operationssjuksköterskan ansvarar för genomgången av WHO:s checklista?
- Är det någon skillnad i följsamhet mellan ”timeout” och ”avslut”?
- Anser operationssjuksköterskan att WHO:s checklista förbättrar patientsäkerheten, kommunikationen och teamkänslan?
- Anser operationssjuksköterskan att WHO:s checklista fördröjer arbetet på operationssalen?

METOD

DESIGN

Studien har genomförts som en deskriptiv enkätundersökning med en kvantitativ analys.

URVAL

Två sjukhus som bedrev operationssjukvård i Västra Götalandsregionen valdes ut för att ingå i studien. Inklusionskriterierna för att delta i studien var att respondenterna skulle vara anställda som operationssjuksköterskor på någon av de utvalda operationsavdelningarna. De operationssjuksköterskor som var anställda men som under tiden för studien inte var i tjänst, till exempel på grund av tjänstledighet, föräldraledighet eller sjukskrivning, exkluderades från studien.

DATAINSAMLING

Data samlades in med hjälp av en enkät som respondenterna fick fylla i individuellt (bilaga 2). Enkäten lämnades ut till totalt 78 operationssjuksköterskor och datainsamlingen pågick under två veckor i mars och april 2015. Enkäterna delades ut på ett möte för

operationssjuksköterskor och i samband med detta gavs muntlig information om studien. Muntliga påminnelser gavs vid några tillfällen på morgonsamlingen av de ansvariga för studien, samt av vårdenhetscheferna på några av avdelningarna. När respondenterna fyllt i enkäten fick de lägga den i det medföljande svarskuvertet, försegla det och lämna det till vårdenhetschefen eller sektionssledaren där de sedan hämtades av ansvariga för studien.

ENKÄT

Enkäten bestod av 13 frågor som utformades med inspiration av Johansson och Nilsson (2011), Norman (2012) och Ejlertsson (2014). Frågorna utgick från WHO:s checklista för säkerhet vid operationer. Enkätens inledande frågor (fråga 1-4) var avsedda för att samla in demografisk data och bestod av vilken patientgrupp respondenterna huvudsakligen arbetade med, där svarsalternativen var ”Vuxna patienter” eller ”Minderåriga patienter”. Antalet yrkesverksamma år som operationssjuksköterska med svarsalternativ från ”0-4 år” till ”>15 år”. Huruvida de har fått utbildning i användandet av checklistan med svarsalternativen ”Ja”, ”Nej” eller ”Vet ej” samt om checklistan har modifierats efter arbetsplatsen med svarsalternativen ”Ja”, ”Nej” eller ”Vet ej”. Dessa frågor syftade till att kunna jämföra skillnader mellan olika grupper vid dataanalysen. Svarsalternativen för de demografiska frågorna samt för fråga sju var av nominalskala. Övriga enkätfrågor gav respondenten olika alternativ att svara på, från ”Alltid” till ”Har inga elektiva/icke elektiva operationer” (fråga 5-6), ”Alltid” till ”Aldrig” (fråga 8-9) samt ”Instämmer helt” till ”Instämmer inte alls” (fråga 10-13). De svarsalternativen var av ordinalskalnivå och bestod av 4-6 skalsteg. Vid två av frågorna (fråga 8-9) samt på slutet kunde respondenten även lämna kommentarer.

För att pröva enkäten genomfördes en pilotstudie på ett sjukhus i Västra Götalandsregionen som inte ingick i studien. Fem operationssjuksköterskor fick besvara enkäten och gavs möjlighet att komma med synpunkter. Efter pilotstudien lades ett extra skalsteg till på fråga 5-6 samt fråga 8-9 efter att fyra operationssjuksköterskor uttryckt att det var ett för stort glapp mellan svarsalternativen. Två av frågorna formulerades om för att förtydliga (fråga 5-6). Med elektiva operationer menas de operationer som är planerade och icke elektiva operationer syftar till de som tillkommer akut. De enkäter som besvarades vid pilotstudien inkluderades inte i studiens resultat.

DATAANALYS

Data som samlas in från enkäter ska registreras, analyseras och tolkas (Bell, 2009). Varje återlämnad enkät tilldelades ett löpnummer så att de skulle kunna identifieras vid behov (Ejlertsson, 2014). Resultatet är baserat på kodning av frågornas svarsalternativ till numeriska värden.

Analyser och statistiska beräkningar har utförts med hjälp av IBM SPSS version 22. Giltig procent användes vid samtliga beräkningar som beskrivs i resultatet. Med giltig procent menas procenten när frågornas interna bortfall utelämnas vid beräkningar. Jämförelser gjordes mellan två grupper i syfte att se om antal yrkesverksamma år som operationssjuksköterska påverkade resultatet. Grupperna som jämfördes var 0-9 år samt >10 års yrkeserfarenhet som operationssjuksköterska. Mann-Whitney U test användes för ordinala variabler och Fishers test användes för nominala variabler. Respondenterna hade möjlighet att lämna kommentarer på två av frågorna (fråga 8-9) samt på slutet. Totalt erhöles 14 svar på de öppna frågorna vilka skrevs ut för att lättare överblicka eventuella återkommande teman (Bell, 2009) och sedan användes som tillägg i resultatet (Ejlertsson, 2014).

FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN

Enligt Helsingforsdeklarationen (WMA, 2015) måste nytta med forskning på människor överväga riskerna. Nyttan med den här studien är att bidra med kunskap kring operationssjuksköterskans erfarenhet av att arbeta med WHO:s checklista för säkerhet vid operationer. Inga risker med studien har kunnat ses. För en magisteruppsats finns det inget krav på ett etiskt godkännande från en etikprövningsnämnd (Ejlertsson, 2014).

Vårdenhetscheferna vid de utvalda operationsavdelningarna fick ett skriftligt informationsbrev där syftet med studien beskrevs (bilaga 3). De fick lämna ett muntligt samtycke till studiens genomförande.

Enligt Ejlertsson (2014) bör krav på information, samtycke, konfidentialitet samt nyttjande tas i beaktning. Med informationskrav menas att deltagarna i studien ska informeras noggrant om undersökningen, syftet med studien samt att deltagandet är frivilligt. De informerades muntligt och skriftligt om studien i form av en forskningspersonsinformation (FPI) vilken följde Etikprövningsnämndens (2015) riktlinjer och bifogades enkäten (bilaga 4). I FPI:n

framgick syftet med studien samt att deras deltagande var frivilligt och när som helst kunde avbrytas. FPI:n godkändes av handledaren innan datainsamlingen påbörjades. Med samtyckeskrav menas att deltagarna ska lämna sitt samtycke att delta i studien. Genom att besvara enkäten samtyckte de till studien. Med konfidentialitetskrav menas att deltagarna inte ska kunna identifieras av utomstående. Deltagandet var konfidentiellt då inga personuppgifter samlades in och enkäterna inte var kodade. Besvarad enkät lades i ett bifogat svarskuvert vilket förseglades av respondenten och sedan lämnades till vårdenhetschefen/sektionsledaren. Med nyttjandekrav menas att insamlad data endast får användas till det som var syftet med studien. Insamlad data hanterades varsamt och kasserades efter godkänt examensarbete.

RESULTAT

Den totala svarsfrekvensen var 73 procent (n=57) och det externa bortfallet var 27 procent (n=21). Internt bortfall sågs på fem av frågorna vilket presenteras nedan (tabell 1).

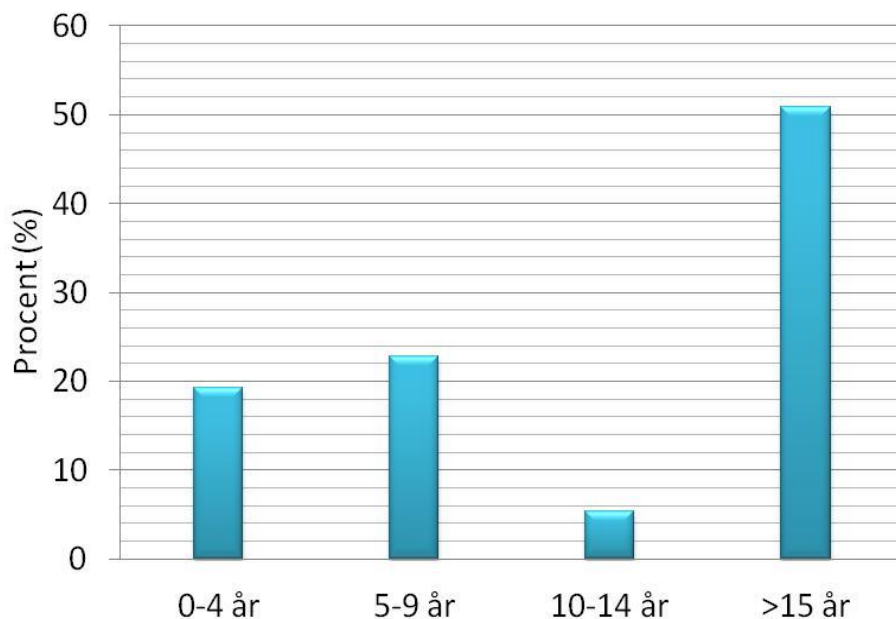
Tabell 1. Internt bortfall i studien (n=5).

Enkätfråga	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Antal svar	57	56	56	56	57	56	56	57	57	57	57	57	57
Internt bortfall	0	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0

Demografisk data

Av respondenterna uppgav 79 procent (n=45) att de huvudsakligen arbetade med vuxna patienter, 21 procent (n=12) arbetade huvudsakligen med minderåriga patienter.

Av de totalt 56 respondenter som besvarade frågan om antal yrkesverksamma år som operationssjuksköterska hade 52 procent (n=29) över 15 års erfarenhet inom yrket (figur 1). Andelen med minst erfarenhet (0-4 år) var 20 procent (n=11) och resterande 23 procent (n=13) hade arbetat fem till nio år samt fem procent (n=3) vilka hade arbetat nio till 14 år.



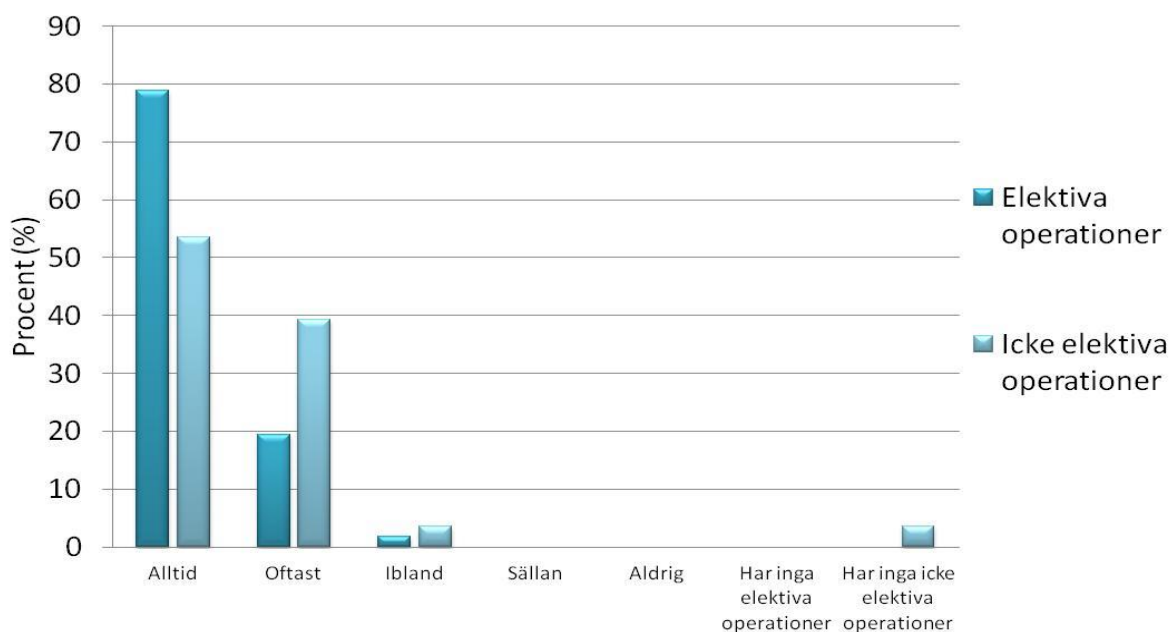
Figur 1. Antal yrkesverksamma år som operationssjuksköterska (n=56).

Av de totalt 56 respondenter som besvarade frågan om de hade fått utbildning i användandet av WHO:s checklista på sin arbetsplats uppgav 84 procent (n=47) att de hade fått det, 14 procent (n=8) hade inte fått utbildning och två procent (n=1) uppgav att de inte visste om de hade fått utbildning.

På frågan om checklistan hade anpassats efter arbetsplatsen var det totalt 56 respondenter som svarade. Av dem uppgav 80 procent (n=45) att checklistan hade anpassats efter arbetsplatsen, 11 procent (n=6) sa att den inte hade anpassats och nio procent (n=5) uppgav att de inte visste om checklistan hade anpassats efter arbetsplatsen.

Checklistans användargrad

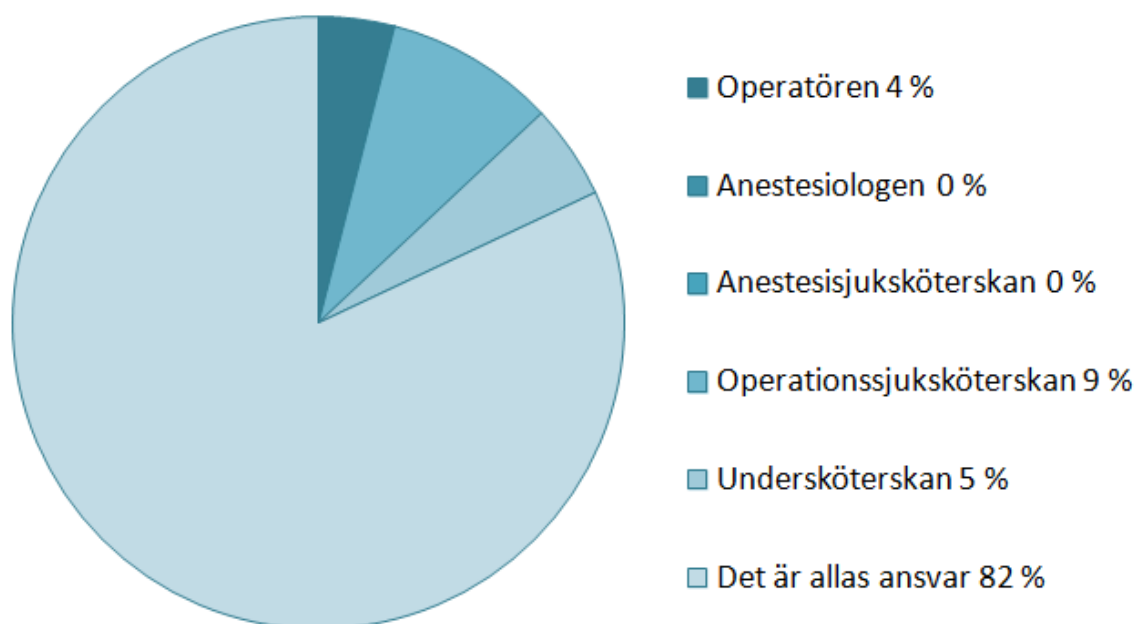
På frågorna om i vilken utsträckning checklistan används vid elektiva- respektive icke elektiva operationer framkom en viss skillnad i användargrad (figur 2). Av respondenterna uppgav 79 procent (n=45) att checklistan alltid används vid elektiva operationer medan 54 procent (n=30) uppgav att den alltid används vid icke elektiva operationer. Fyra procent (n=2) av respondenterna uppgav att de inte hade några icke elektiva operationer.



Figur 2. Skillnad i användargrad mellan elektiva- respektive icke elektiva operationer (n=56).

Ansvar för genomgången

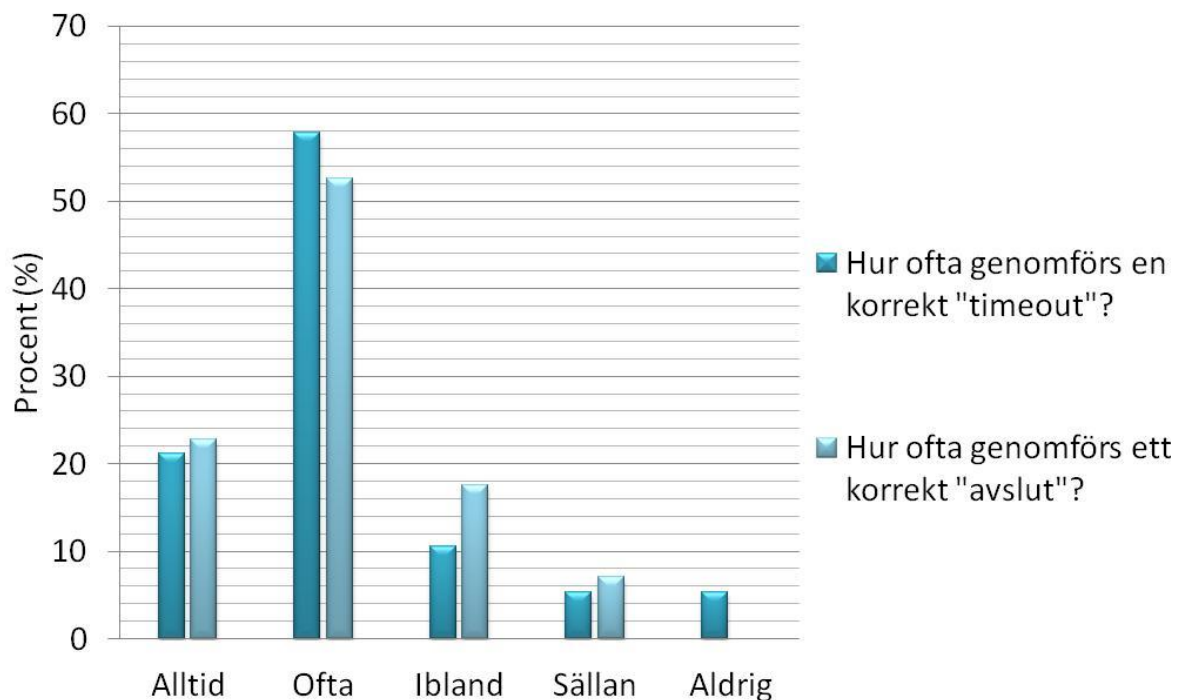
Majoriteten av respondenterna (82 procent) ansåg att genomgången av checklistan var allas ansvar (figur 3). Resterande ansåg att det var operatörens-, operationssjuksköterskans- eller undersköterskans ansvar.



Figur 3. Ansvarig för genomgången av WHO:s checklista enligt operationssjuksköterskan (n=56).

Timeout och avslut

Det urskilde sig inga trender i följsamhet mellan "timeout" och "avslut" (figur 4). Den största andelen respondenter, 58 procent (n=33) ansåg att en korrekt "timeout" oftast genomfördes, jämfört med 53 procent (n=30) av respondenterna vilka ansåg att ett korrekt "avslut" oftast genomfördes. Över tio procent (n=6) angav att en korrekt "timeout" sällan eller aldrig genomfördes med kommentarer som *operatören börjar pillar under tiden, fel tidpunkt - sker ofta vid påklädning av operatör, antingen hoppas en fråga över eller så får man inte svar på frågor, viktigt att operationssjuksköterskan hunnit klä på alla som ska vara sterilklädda så att även operationssjuksköterskan kan fokusera fullt ut på timeout*. Sju procent (n=4) angav att ett korrekt "avslut" sällan genomfördes med kommentarer som *operationssjuksköterskan inkluderas sällan så som jag lärt mig*.

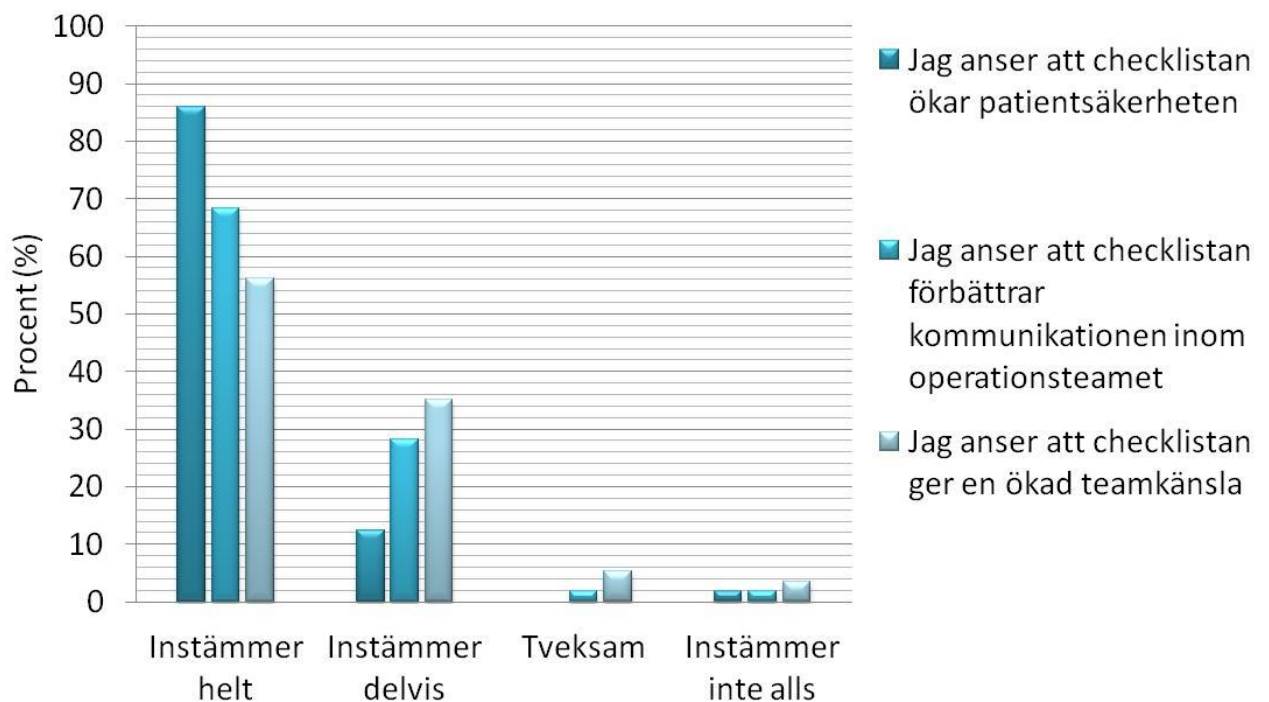


Figur 4. Skillnader i följsamhet mellan "timeout" och "avslut" (n=57).

Patientsäkerhet, kommunikation och teamkänsla

På frågorna om operationssjuksköterskan ansåg att WHO:s checklista förbättrade patientsäkerheten, kommunikationen samt teamkänslan svarade 86 procent (n=49) att de instämde helt med att checklistan ökade patientsäkerheten (figur 5). En av respondenterna kommenterade att *checklistan behövs*. Två procent (n=1) ansåg att den inte ökade patientsäkerheten alls. Närmre 70 procent (n=39) instämde helt med att kommunikationen

inom operationsteamet förbättrades av checklistan medan 28 procent (n=16) ansåg att den delvis förbättrade kommunikationen. Fyra procent (n=2) av respondenterna kände sig tveksamma till eller instämde inte alls med att kommunikationen förbättrades. En av respondenterna kommenterade *vi har alltid haft en bra kommunikation på sal, även innan WHO:s checklista*. Drygt hälften (n=32) ansåg att checklistan gav en ökad teamkänsla medan fyra procent (n=2) inte instämde alls. En av respondenterna kommenterade *vissa operatörer underskattar checklistans betydelse och har varit ovilliga, nonchalanta*.



Figur 5. Checklistans påverkan på patientsäkerhet, kommunikation och teamkänsla enligt operationssjuksköterskan (n=57).

Tidsåtgång

Av respondenterna ansåg 81 procent (n=46) att checklistan inte alls fördröjde arbetet på operationssalen medan tio procent (n=6) kände sig tveksamma och nio procent (n=5) instämde delvis med att den fördröjde arbetet.

Jämförelser

Vid jämförelser mellan de som hade arbetat noll till nio år som operationssjuksköterskor (n=24) och de som hade arbetat i över tio år som operationssjuksköterskor (n=32) observerades tre statistiskt signifikanta skillnader. På frågan hur ofta de upplevde att ett korrekt ”avslut” genomfördes ansåg den gruppen med längre yrkeserfarenhet i högre grad att

ett korrekt ”avslut” genomfördes (Mann-Whitney U test, $P=0,037$). Samma grupp ansåg också i något större utsträckning att checklistan fördröjde arbetet på operationssalen (Mann-Whitney U test, $P=0,019$). Även på frågan om utbildning i användandet av checklistan observerades en signifikant skillnad. De som uppgav att de inte hade fått någon utbildning ($n=8$) tillhörde samtliga gruppen som hade arbetat noll till nio år som operationssjuksköterskor (Fishers test, $P=0,000$).

Övrigt

Under övriga kommentarer i enkäten kommenterade en av respondenterna att *svaren här bör analyseras utifrån att vi under 5 månader (nu) arbetar med WHO:s checklista på ett annorlunda sätt mot vad vi vanligen gör, pga. en interventionsstudie.*

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Det finns få studier gjorda i Sverige sedan checklistan introducerades, samt ännu färre som undersöker operationssjuksköterskans erfarenhet av att arbeta med checklistan, vilket motiverar studiens genomförande. Fasen sign in/förberedelse valdes att inte inkluderas i enkätundersökningen eftersom operationssjuksköterskan enligt praxis sällan är närvarande vid dess genomgång och därför, enligt en tidigare studie (Norman, 2012), har svårt att yttra sig kring denna fråga.

Vilken metod som är mest lämplig att använda vid datainsamling beror på studiens syfte och frågeställningar (Ejlertsson, 2014). Då syftet var att undersöka operationssjuksköterskors erfarenhet av att arbeta med checklistan valdes en enkätundersökning som metod. Studiens reliabilitet stärks genom att enkäten skapades med inspiration från andra enkäter inom samma område samt med hjälp av vetenskaplig metodlitteratur. Ejlertsson (2014) menar att en enkätundersökning är en bra metod för att undersöka en större grupp människor, samt att risken för den så kallade intervjuareffekten, att intervjuobjektet påverkas av intervjuarens sätt att ställa frågorna, elimineras vid en enkätundersökning. Vid en enkätundersökning är tydliga frågor och svarsalternativ viktigt (Ejlertsson, 2014). Enkäten innehöll tre öppna frågor där respondenten hade möjlighet att skriva svar. Öppna frågor kan enligt Bell (2009) ge oväntade

svar från respondenten. Nackdelen med öppna frågor är enligt Ejlertsson (2014) att svarsfrekvensen ofta blir låg och därför kan svaren inte användas i resultatet med samma säkerhet som de övriga svaren. Bearbetningen av öppna frågor skiljer sig från frågor med fasta svarsalternativ, ofta kan det bli nödvändigt med någon form av innehållsanalys (Bell, 2009). Om svaren på de öppna frågorna i studien hade varit fler så hade de kunnat kodas och delas in i olika teman för att sedan kunna redovisas likt de övriga enkätsvaren i olika figurer (Ejlertsson, 2014). De som konstruerar enkäten och de som besvarar enkäten måste uppfatta frågorna lika för att enkäten ska kunna mäta det den syftar till att mäta. Genom att genomföra en pilotstudie kan eventuella missförstånd upptäckas och frågor eller svarsalternativ kan formuleras om vid behov (Ejlertsson, 2014). För att stärka studiens validitet genomfördes en pilotstudie som ledde till att två frågor formulerades om för att undvika missförstånd samt att ett extra svarsalternativ lades till på fyra frågor. Nackdelen med en enkätundersökning som metod kan enligt Ejlertsson (2014) vara att den ger ett begränsat utrymme för antalet frågor, och att respondenten ofta inte ges någon möjlighet att ställa frågor om enkäten. Respondenterna erhöll en FPI bifogad till enkäten med information om studien samt kontaktuppgifter till studieansvariga vid eventuella frågor.

Hur många personer som ska ingå i en enkätundersökning beror bland annat på hur mycket tid det finns för att genomföra undersökningen och vilka resurser som finns att tillgå (Bell, 2009). Ett urval är därför nödvändigt och Bell (2009) menar att det är viktigt att vara medveten om vilka begränsningar som urvalet innebär. Totalt lämnades 78 enkäter ut på fem operationsavdelningar vid två sjukhus i Västra Götalandsregionen. Enkäterna delades ut till alla operationssjuksköterskor som var i tjänst vid tiden för studiens genomförande. Fler enkäter hade varit svårt att lämna ut utan att involvera ytterligare ett sjukhus. Bell (2009) menar att ett stort bortfall kan ge missvisande resultat och det är därför viktigt att anstränga sig för att göra bortfallet så litet som möjligt. Det finns fördelar med att dela ut enkäterna personligen. Genom en personlig kontakt med respondenterna är det lättare att skapa en samarbetsinställning. På så sätt kan syftet med undersökningen förklaras direkt när enkäten lämnas ut och i bästa fall få den ifylld direkt (Bell, 2009). Respondenterna påmindes vid några tillfällen om enkäten för att motivera de som ännu inte besvarat den till att göra det. Av de 78 utlämnade enkäterna besvarades 57, en svarsfrekvens på 73 procent. Enligt Trost (2007) behöver en enkätundersökning uppnå en svarsfrekvens på 50-75 procent för att erhålla god validitet. Det externa bortfallet på 27 procent kan bero på flera anledningar. Olsson och Sörensen (2011) hävdar att personer som väljer att inte delta har en negativ inställning till att

besvara enkäter, och därför kan snedvrinda resultatet eftersom de enligt erfarenhet är mer negativa i sina svar. En annan anledning till bortfallet kan vara den stress och tidsbrist som förekommer inom den kliniska verksamheten. Studiens interna bortfall är acceptabelt då det endast var några enstaka frågor som inte besvarades.

En viss överförbarhet av resultatet bedöms vara möjlig till andra operationsavdelningar i Sverige.

RESULTATDISKUSSION

Studiens resultat är baserat på 57 besvarade enkäter. Då endast 21 procent av respondenterna angav att de huvudsakligen arbetade med minderåriga patienter, jämfört med 79 procent som angav att de huvudsakligen arbetade med vuxna patienter, gjordes inga statistiska jämförelser mellan dessa två grupper då skillnaden mellan grupperna var för stor. Den största andelen av respondenterna (52 procent) hade arbetat som operationssjuksköterskor i över 15 år. Att majoriteten av respondenterna hade en så lång arbetslivserfarenhet inom yrket kan ha påverkat resultatet av studien. Enligt praxis kommer det med erfarenhet en trygghet i yrkesutövandet vilket kan medföra att operationssjuksköterskan är mindre benägen att ta till sig nya rutiner och riktlinjer, då han eller hon anser att de har klarat sig bra hittills utan dem. Gruppen med längre yrkeserfarenhet i den här studien ansåg i något högre grad att checklistan fördröjde arbetet på operationssalen. Det kan också betyda att han eller hon agerar förebild för de yngre kollegorna vad gäller patientsäkerhetsarbetet och på grund av sin erfarenhet hjälper till att till exempel modifiera checklistan för bättre lokal anpassning. I Kompetensbeskrivningen (2011) står det att operationssjuksköterskan ska ha kompetens att ansvara för en god och patientsäker vård och att han eller hon ska använda sig av WHO:s checklista för säkerhet vid operationer.

Rydenfält, Johansson, Odenrick, Åkerman och Larsson (2012) visade i sin svenska studie att checklistan inte alltid används som det är tänkt, och respondenterna i den finska studien av Helmiö, Takala, Aaltonen, Pauniahho, Ikonen och Blomgren (2012) efterfrågade mer information om hur checklistan ska användas. Av respondenterna i den här studien uppgav 84 procent att de hade fått utbildning i användandet av checklistan på sin arbetsplats. Nugent et al. (2012) fann i sin studie från Irland att 97 procent av sjuksköterskorna hade erhållit träning och utbildning i samband med checklistans implementering, trots det upplevde 84 procent av

respondenterna att det behövdes mer träning i team och fortlöpande utbildning om checklistan. Eftersom checklistan infördes i svensk sjukvård för drygt fem år sedan kan de som har arbetat noll till fyra år ha gått miste om utbildningen vilket kan vara en anledning till att 14 procent av respondenterna i denna studie uppgav att de inte hade fått någon utbildning i användandet av checklistan. Alla respondenterna som uppgav att de inte hade fått någon utbildning tillhörde gruppen med kortast yrkeserfarenhet. Fortlöpande utbildningar riktade till all personal i operationsteamet skulle vara bra eftersom tidigare studier har visat att det är viktigt att förklara varför och hur den ska användas praktiskt och att det krävs utbildning och träning för att operationsteam ska lära sig att använda checklistan effektivt (Bosk et al., 2009; Nugent et al., 2012).

Resultatet visade en god följsamhet till användandet av checklistan vid elektiva operationer, 79 procent av respondenterna uppgav att checklistan alltid användes vid elektiva operationer. Följsamheten till checklistan vid icke elektiva operationer var lägre, endast 54 procent av respondenterna uppgav att checklistan alltid användes vid icke elektiva operationer. Delgado Hurtado, Jiménez, Penalonzo, Villatoro, de Izquierdo och Cifuentes (2012) fann i sin studie från Guatemala att 74 procent av sjuksköterskorna som arbetade vid de offentligt ägda sjukhusen, och 100 procent av sjuksköterskorna som arbetade vid det privatägda sjukhuset uppgav att checklistan alltid eller nästan alltid användes vid elektiva operationer. Icke elektiva ingrepp har en lägre följsamhet till timeout, trots att det är just i dessa mer stressade situationer som proceduren är extremt viktig för patientsäkerheten (Schlack & Boormeester, 2010). Kearns, Uppal, Bonner, Robertson, Daniel och McGrady (2011) visade i sin studie från Storbritannien att före införandet av checklistan upplevde mer än hälften av personalen (53 procent) att checklistan skulle vara olämplig att använda i akuta situationer, medan endast 30 procent av personalen fortfarande kände så efter att ha arbetat med checklistan i tre månader. Det tyder på att det blir lättare att tillämpa checklistan i akuta situationer ju mer vana operationsteamet blir vid att använda den.

När respondenterna i studien tillfrågades om vem de tyckte ansvarade för checklistans genomgång svarade hela 82 procent att det var allas ansvar. Dock har studier visat att det finns fördelar med att inför varje operation utse en person som är ansvarig för genomgången (Världssalliansen för patientsäkerhet, 2009). Respondenterna i studien av Helmiö et al. (2012) upplevde en förvirring kring vem som ansvarade för genomgången av checklistan. WHO rekommenderar att, åtminstone under implementeringsfasen, en person görs ansvarig för

genomgången av checklistan (Schlack & Boermeester, 2010). Personen som var ”pass på sal” (sjuksköterska eller undersköterska som inte är sterilklädd under operationen) var i 97 procent av fallen den som ansvarade för genomgången av checklistan i studien av Delgado Hurtado et al. (2012).

Det urskilde sig inga trender i följsamhet mellan ”timeout” och ”avslut”. Av respondenterna ansåg 58 procent att en korrekt ”timeout” oftast genomfördes, jämfört med 53 procent av respondenterna som ansåg att ett korrekt ”avslut” oftast genomfördes. Värt att notera är dock att endast 21 procent av respondenterna upplevde att en korrekt ”timeout” alltid genomfördes, samt att endast 23 procent av respondenterna upplevde att ett korrekt ”avslut” alltid genomfördes. Helmiö et al. (2012) fann i sin studie att ”timeout” genomfördes vid 61 procent av alla operationer medan ”sign out/avslut” genomfördes vid 54 procent av alla operationer. Anledningar som uppgavs till att checklistan förbisågs var bland annat nedlåtande svar på frågorna som ställdes, en högljudd miljö och att operationsteamet inte var koncentrerade. Pickering et al. (2013) observerade i sin studie från Storbritannien andelen utförda ”timeout” och ”sign out/avslut” faser under totalt 294 operationer. De fann att ”timeout” genomfördes vid 87 procent av alla operationer medan ”sign out/avslut” endast genomfördes vid anmärkningsvärda nio procent av operationerna. Även Rydenfält et al. (2012) observerade i sin studie hur ”timeout” genomfördes utifrån checklistans olika punkter. De fann att incisionsstället endast nämndes vid 25 procent av de observerade operationerna. Vid endast åtta procent av operationerna bekräftade operationssjuksköterskan steriliteten, utrustningen samt positioneringen av patienten. De observerade även att medlemmarna i operationsteamet ibland ägnade sig åt andra sysslor samtidigt som ”timeout” genomfördes, till exempel steril påklädning av operatören eller assistenten och funktionskontroller av den medicintekniska utrustningen, något som även framkom i den här studien av de öppna frågorna. En studie gjord i Schweiz visade att både ”timeout” och ”sign out/avslut” genomfördes vid i stort sett alla kirurgiska ingrepp, men även om de genomfördes så var det i många fall viktiga kontrollpunkter under checklistans faser som missades eller hoppades över (Cullati et al., 2013). Det kan då diskuteras huruvida ”timeout” och ”sign out/avslut” fasen verkligen har genomförts korrekt. Hur strängt olika studier har undersökt det här kan vara förklaringen till variationerna i resultatet. Det är möjligt att resultatet i den här studien har påverkats av hur respondenterna har tolkat begreppen ”korrekt timeout” och ”korrekt avslut”. I en framtida studie kan det vara bra att formulera frågorna på ett annat sätt, eller att åtminstone definiera vad som menas med begreppet ”korrekt” för att undvika missförstånd. Värt att nämna är även

att det på en av operationsavdelningarna som var med i den här studien pågick en interventionsstudie om WHO:s checklista samtidigt som datainsamlingen till den här studien pågick. Operationssjuksköterskorna på den avdelningen har nyligen fått utbildning i hur checklistan ska användas, något som kan ha påverkat resultatet i studien.

Resultatet i den här studien visade operationssjuksköterskans övervägande positiva inställning till checklistan. Av respondenterna instämde 86 procent helt med påståendet att checklistan ökade patientsäkerheten. Detta stämmer väl överens med flera andra studier så som Nugent et al. (2012) där 82 procent av respondenterna ansåg att checklistan hade bidragit till en ökad patientsäkerhetskultur i operationssalen. Helmiö et al. (2012) visade att 76 procent ansåg att checklistan ökade patientsäkerheten. Vad det gäller kommunikationen i operationsteamet ansåg 68 procent av respondenterna i den här studien att checklistan förbättrade kommunikationen. Ett resultat som är något lägre än vad tidigare studier har visat. Kearns et al. (2011) jämför i sin studie personalens attityder till checklistan, före och tre månader efter dess implementering. Före checklistans införande uppgav 77 procent av personalen att kommunikationen inom operationsteamet skulle kunna bli bättre, jämfört med tre månader efter checklistans införande då 85 procent ansåg att kommunikationen hade förbättrats. Nugent et al. (2012) fann i sin studie att 72 procent av respondenterna instämde helt eller delvis med att kommunikationen inom operationsteamet hade förbättrats. I studien av Delgado Hurtado et al. (2012) ansåg hela 92 procent av sjuksköterskorna att checklistan förbättrade kommunikationen inom operationsteamet. Av respondenterna i den här studien höll 56 procent med om att checklistan ökade teamkänslan. Kearns et al. (2011) fann i sin studie att innan checklistans införande kände sig hälften av personalen (50 procent) bekväma med de andra i operationsteamet, efter checklistans införande hade den siffran ökat till 75 procent. I studien av Nugent et al. (2012) ansåg 63 procent av respondenterna att checklistan ökade teamkänslan.

De flesta respondenterna i den här studien ansåg inte att checklistan fördröjde arbetet på operationssalen. Men nästan 20 procent av respondenterna var tveksamma eller instämde delvis med att checklistan fördröjde arbetet på operationssalen. Världsalliansen för patientsäkerhet (2009) menar att det krävs en del övning för att checklistan ska kunna användas effektivt. För en effektivare användning av checklistan kan det vara bra om den anpassas efter avdelningens lokala rutiner. Alla kontrollpunkter kanske inte är relevanta på alla operationsavdelningar. WHO (2008) uppmuntrar till modifieringar av checklistan så

därför var det positivt att över 80 procent av respondenterna i studien angav att checklistan hade anpassats efter arbetsplatsen.

SLUTSATS

Operationssjuksköterskans erfarenhet av att arbeta med WHO:s checklista för säkerhet vid operationer visar på en god följsamhet. Användargraden var något högre vid elektiva operationer jämfört med icke elektiva operationer. Operationssjuksköterskan ansåg att genomgången av checklistan är allas ansvar. Det urskilde sig inga trender i följsamhet mellan ”timeout” och ”avslut”. Operationssjuksköterskan ansåg att checklistan bidrog till en ökad patientsäkerhet, en förbättrad kommunikation inom operationsteamet samt en ökad teamkänsla och majoriteten ansåg inte att checklistan fördröjde arbetet på operationssalen. Det framkom att utbildning i användandet av checklistan saknas hos flera och fortlöpande utbildningar i framtiden är önskvärt. Utbildning i användandet av checklistan bidrar till en högre användargrad vid både elektiva samt icke elektiva operationer.

Genomförd studie undersöker endast operationssjuksköterskans erfarenhet av att arbeta med WHO:s checklista för säkerhet vid operationer. Även om operationssjuksköterskan är positivt inställd till checklistan så krävs det en laginsats för att teamarbetet på operationssalen ska fungera. I framtiden behövs fler studier för att undersöka vad andra yrkeskategorier på en operationsavdelning har för erfarenhet av att arbeta med checklistan. Det skulle även vara intressant att i framtida studier titta på huruvida operationssjuksköterskan borde vara mer delaktig i sign-in fasen, skulle det öka patientsäkerheten?

REFERENSER

- Allen, D. (1997). The nursing-medical boundary: a negotiated order? *Sociology of Health & Illness*, 19, 498-520.
- Baines, R. J., Langelaan, M., de Bruijne, M. C., Asscheman, H., Spreeuwenberg, P., van de Steeg, L., ... Wagner, C. (2013). Changes in adverse event rates in hospitals over time: a longitudinal retrospective patient record review study. *BMJ Quality & Safety*, 22, 290-298.
- Bell, J. (2009). *Introduktion till forskningsmetodik*. Lund: Studentlitteratur.
- Berrisford, R. G., Wilson, I. H., Davidge, M., Sanders, D. (2012). Surgical timeout checklist with debriefing and multidisciplinary feedback improves venous thromboembolic prophylaxis in thoracic surgery: a prospective audit. *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery*, 41, 1326-1329.
- Bosk, C. L., Dixon-Woods, M., Goeschel, A., & Pronovost, P. J. (2009). Reality check for checklists. *Lancet*, 374, 444-445.
- Böhmer, A. B., Wappler, F., Tinschmann, T., Kindermann, P., Rixen, D., Bellendir, M., ... Gerbershagen, M. U. (2012). The implementation of a perioperative checklist increases patients' perioperative safety and staff satisfaction. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 56, 332-338.
- Carney, B. T., West, P., Neily, J., Mills, P. D., & Bagian, J. P. (2010). Differences in Nurse and Surgeon Perceptions of Teamwork: Implications for Use of a Briefing Checklist in the OR. *AORN Journal*, 91(6), 722-729.
- Cullati, S., Le Du, S., Raë, A-C., Micallef, M., Khabiri, E., Ourahmoune, A., ... Chopard, P. (2013). Is the Surgical Safety Checklist successfully conducted? An observational study of social interactions in the operating rooms of a tertiary hospital. *BMJ Quality & Safety*, 22, 639-646.
- Delgado Hurtado, J. J., Jiménez, X., Penalonzo, M. A., Villatoro, C., de Izquierdo, S., & Cifuentes, M. (2012). Acceptance of the WHO Surgical Safety Checklist among surgical personnel in hospitals in Guatemala city. *BMC Health Services Research*, 12, 169.
- Ejlertsson, G. (2014). *Enkäten i praktiken - En handbok i enkätmetodik*. Lund: Studentlitteratur.
- Etikprövningsnämnden. (2015). *Vägledning till forskningspersonsinformation*. Hämtad 2015-06-04, från <http://www.epn.se/sv/start/startside/>
- Fletcher, G., McGeorge, P., Flin, R., Glavin, R. J., & Maran, N. J. (2002). The role of non-technical skills in anaesthesia: a review of current literature. *British Journal of Anaesthesia*, 88, 418-429.
- Gaba, D. M., Howard, S. K., & Small, S. D. (1995). Situation awareness in anaesthesiology. *Human Factors*, 37, 20-31.

Gawande, A. (2009). *The Checklist Manifesto: How to Get Things Right*. New York: Holt and Company.

Gawande, A., Studdert, D., Zinner, M., & Brennan, T. A. (2003). Analysis of errors reported by surgeons at three teaching hospitals. *Surgery*, *135*, 14-21.

Giddings, A., & Williamson, C. (2007). *The leadership and management of surgical teams*. London: Royal College of Surgeons of England.

Gittell, J. H., Fairfield, K. M., Bierbaum, B., Head, W., Jackson, R., Kelly, M., ... Zuckerman, J. (2000). Impact of relational coordination on quality of care, postoperative pain and functioning, and length of stay: a nine-hospital study of surgical patients. *Medical care*, *38*(8), 807-819.

Haynes, A. B., Weiser, T. G., Berry, W. R., Lipsitz, S. R., Breizat, A-H. S., Dellinger, P. E., ... Gawande, A. A. (2009). A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *The New England Journal of Medicine*, *360*(5), 491-499.

Haynes, A. B., Weiser, T. G., Berry, W. R., Lipsitz, S. R., Breizat, A-H. S., Dellinger, P. E., ... Gawande, A. A. (2011). Changes in safety attitude and relationship to decreased postoperative morbidity and mortality following implementation of a checklist-based surgical safety intervention. *BMJ Quality & Safety*, *20*, 102-107.

Helmiö, P., Takala, A., Aaltonen, L-M., Pauniahho, S-L., Ikonen, T. S. & Blomgren, K. (2012). First year with WHO Surgical Safety Checklist in 7148 otorhinolaryngological operations: use and user attitudes. *Clinical Otolaryngology*, *37*, 305-330.

Helmreich, R. (2000). On error management: lessons from the aviation. *British Medical Journal*, *320*, 781-785.

Huang, D. T., Clermont, G., Sexton, J. B., Karlo, C. A., Miller, R. G., Weissfeld, L. A., ... Angus, D. C. (2007). Perceptions of safety culture vary across the intensive care units of a single institution. *Critical Care Medicine*, *35*(1), 165-176.

Johansson, P., & Nilsson, M. (2011). *Operationssjuksköterskans erfarenhet av WHO:s checklista* (Magisteruppsats). Lund: Institutionen för hälsa, vård och samhälle, Lunds universitet. Tillgänglig: <http://www.patientforsakring.se/checklistan-Material.html>

Kearns, R. J., Uppal, V., Bonner, J., Robertson, J., Daniel, M., & McGrady, E. M. (2011). The introduction of a surgical safety checklist in a tertiary referral obstetric centre. *BMJ Quality & Safety*, *20*, 818-822.

Knaus, W. A., Draper, E. A., Wagner, D. P., & Zimmerman, J. E. (1986). An evaluation of outcome from intensive care in major medical centers. *Annals of Internal Medicine*, *104*(3), 410-418.

Lindwall, L., & von Post, I. (2008). *Perioperativ vård – att förena teori och praxis*. Lund: Studentlitteratur.

Lingard, L., Espin, S., Whyte, S., Regehr, G., Baker, G. R., Reznick, R., ... Grober, E. (2004). Communication failures in the operating room: an observational classification of recurrent types and effects. *Quality & Safety in Health Care*, 13(5), 330-334.

Makary, M. A., Sexton, J. B., Freischlag, J. A., Holzmueller, C. G., Millman, E. A., Rowen, L., & Pronovost, P. J. (2006). Operating room teamwork among physicians and nurses: teamwork in the eye of the beholder. *Journal of American College of Surgeons*, 202(5), 746-752.

Mazzocco, K., Petitti, D. B., Fong, K. T., Bonacum, D., Brookey, J., Graham, S., ... Thomas, E. J. (2009). Surgical team behaviors and patient outcomes. *American Journal of Surgery*, 197(5), 678-685.

Mills, P., Neily, J., & Dunn, E. (2008). Teamwork and communication in surgical teams: implications for patient safety. *Journal of American College of Surgeons*, 206(1), 107-112.

Modak, I., Sexton, J. B., Lux, T. R., Heimreich R. L., & Thomas, T. J. (2007). Measuring safety culture in ambulatory setting: the safety attitudes questionnaire-ambulatory version. *Journal of General Internal Medicine*, 22(1), 1-5.

Nationalencyklopedin [NE]. (2015). *Team*. Tillgänglig: <http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/uppslagsverk/ordbok/svensk/team#>

Nilsson, B., & Waldemarson, A. K. (2007). *Kommunikation: Samspel mellan människor*. Lund: Studentlitteratur.

Nilsson, L., Lindberget, O., Gupta, A., & Vegfors, M. (2010). Implementing a pre-operative checklist to increase patient safety: a 1-year follow-up of personnel attitudes. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 54(2), 176-182.

Norman, M. (2012). *"Time out" - en utvärdering av WHO:s checklista vid operation* (Magisteruppsats). Uppsala: Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, Uppsala Universitet. Tillgänglig: <http://www.patientforsaking.se/checklistan-Material.html>

Nugent, E., Hseino, H., Ryan, K., Traynor, O., Neary, P., & Keane, F. B. V. (2012). The surgical safety checklist survey: a national perspective on patient safety. *Irish Journal of Medicine Science*, 182, 171-176.

Olsson, H. & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen*. Stockholm: Liber.

Pickering, S. P., Robertson, E. R., Griffin, D., Hadi, M., Morgan, L. J., Catchpole, K. C., ... McCulloch, P. (2013). Compliance and use of the World Health Organization checklist in UK operating theatres. *British Journal of Surgery*, 100, 1664-1670.

QSEN. (2012). *Competency KSAs*. Hämtad 2015-06-03, från <http://qsen.org/competencies/graduate-ksas/#safety>

- Riksföreningen för operationssjukvård & Svensk sjuksköterskeförening. (2011). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen inriktning mot operationssjukvård*. Hämtad 2015-05-05, från <http://www.seorna.com/media/31056/kompbeskrivning.pdf>
- Rosengren, K. E. (2015). Kommunikation. I *Nationalencyklopedin*. Tillgänglig: <http://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lang/kommunikation>
- Rydenfält, C., Johansson, G., Odenrick, P., Åkerman, K., & Larsson, P. A. (2012). Compliance with the WHO Surgical Safety Checklist: deviations and possible improvements. *International Journal for Quality in Health Care*, 25(2), 182-187.
- Sandberg, H. (2006). *Det goda teamet*. Lund: Studentlitteratur.
- Schlack, W. S., & Boermeester, M. A. (2010). Patient safety during anaesthesia: incorporation of the WHO safe surgery guidelines into clinical practice. *Current Opinion in Anaesthesiology*, 23, 754-758.
- Sexton, J., Thomas, E., & Helmreich, R. (2000). Error, stress and teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys. *British Medical Journal*, 320, 745-749.
- Sharp, L. (2012). *Effektiv kommunikation för säkrare vård*. Lund: Studentlitteratur.
- Shortell, S. M., Zimmerman, J. E., Rousseau, D. M., Gillies, R. R., Wagner, D. P., Draper, E. A., ... Duffy, J. (1994). The performance of intensive care units: does good management make a difference? *Medical care*, 32(5), 508-525.
- SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslag*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Socialstyrelsen. (2012). *Förslag till nationell strategi för ökad patientsäkerhet*. Hämtad 2015-01-02, från <http://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/forslag-till-nationell-strategi-patientsakerhet.pdf>
- Sveriges Kommuner och Landsting. (2008). *Nationell satsning för ökad patientsäkerhet*. Hämtad 2015-01-02, från <http://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/5137.pdf>
- Takala, R. S. K., Pauniah, S-L., Kotkansalo, A., Helmiö, P., Blomgren, K., Helminen, M., ... Ikonen, T. S. (2011). A pilot study of the implementation of WHO surgical checklist in Finland: improvements in activities and communication. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 55, 1206-1214.
- Trost, J. (2007). *Enkätboken*. Lund: Studentlitteratur.
- Truran, P., Critchley, R. J., Gilliam, A. (2011). Does using the WHO surgical checklist improve adherence to thromboembolism prophylaxis guidelines? *Surgeon*, 9, 309-311.
- Turner, T. (2001). *Controlling Pilot Error: Checklists & Compliance*. New York: McGraw-Hill Professional.

Världssalliansen för patientsäkerhet. (2009). Bruksanvisning för *checklista för säkerhet vid operationer*. Hämtad 2014-12-26, från http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/sssl_manual_swedish.pdf

Walker, I. A., Reshamwalla, S., & Wilson, I. H. (2012). Surgical safety checklists: do they improve outcomes? *British Journal of Anaesthesia*, 109(1), 47-54.

WHO. (2008). *Safe surgery saves lives*. Hämtad 2015-04-30, från http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_PSP_2008.07_eng.pdf?ua=1

W-Dahl, A., Robertsson, O., Stefánsdóttir, A., Gustafson, P., & Lidgren, L. (2011). Timing of preoperative antibiotics for knee arthroplasties: improving the routines in Sweden. *Patient Safety in Surgery*, 5, 22.

Weiser, T. G., Regenbogen, S. E., Thompson, K. D., Haynes, A. B., Lipsitz, S. R., Berry, W. R., & Gawande, A. A. (2008). An estimation of the global volume of surgery: a modelling strategy based on available data. *Lancet*, 372, 139-44.

Weiser, T. G., Haynes, A. B., Lashoer, A., Dziekan, G., Boorman, D. J., Berry, W. R., & Gawande, A. A. (2010). Perspectives in quality: designing the WHO Surgical Safety Checklist. *International Journal for Quality in Health Care*, 22(5), 365-370.

Winters, B. D., Gurses, A. P., Lehmann, H., Sexton, J. B., Rampersad, C. J., & Pronovost, P. J. (2009). Clinical review: checklists - translating evidence into practice. *Critical Care*, 13, 210.

WMA. (2015). *Declaration of Helsinki – Ethical Principles for medical Research involving Human Subjects*. Hämtad 2015-06-04, från <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>

Wong, H. W., Forrest, D., Healey, A., Shirafkan, H., Hanna, G. B., Vincent, C. A., & Sevdalis, N. (2011). Information needs in operating room teams: What is right, what is wrong, and what is needed? *Surgical Endoscopy*, 25(6), 1913-1920.

Bilaga 1



Landstingens
Ömsesidiga
Försäkringsbolag

Checklista för säkerhet vid operationer

Checklistan är inte avsedd att vara heltäckande. Tillägg och modifieringar för att anpassa den till lokala rutiner uppmuntras.

Före inledning av anestesi >>>>>

Förberedelse

- Patienten har bekräftat följande:
- identitet
 - plats för incision
 - informerad om och samtycker till operation

- Operationsområde markerat/ej tillämpligt

- Säkerhetskontroll för anestesi genomförd

- Fungerande pulsoximeter kopplad

Har patienten något av följande:

Känd allergi?

- nej
 ja

Risk för aspiration/svår intubation?

- nej
 ja och utrustning/assistans är tillgänglig

Risk för >500 ml blodförlust (7 ml/kg för barn)?

- nej
 ja, och tillfredsställande intravenösa infarter och blod/vätskor är planerade

Risk för hypotermi?

- nej
 ja, och åtgärder är planerade/vidtagna

Före incision >>>>>

Timeout

- Bekräfta att alla medlemmar i laget presenterat sig med namn och roll

- Anestesiolog/anestesisjuksköterska och operations-
sjuksköterska, operatör bekräftar muntligt
- patient ID
 - plats för incision
 - planerad operation

Väntade kritiska moment under operationen

- Anestesipersonalens** bedömning: finns några patientspecifika eller anestesilogiska problem?
- Operationssjuksköterskans** bedömning: har sterilitet bekräftats?
Finns några problem med utrustning eller annat?
Är patienten korrekt upplagd?
- Operatörens** bedömning: vilka kritiska eller oväntade moment finns, operationens längd, förväntad blodförlust?

Har antibiotikaproylax givits inom de senaste 60 minuterna?

- ja
 ej tillämpligt

Har trombosproylax givits enligt ordination?

- ja
 ej tillämpligt

Visas nödvändig bildinformation?

- ja
 ej tillämpligt

Innan patienten lämnar operationssalen

Avslutning

Checklisteansvarig får muntlig bekräftelse av laget:

- Vilket ingrepp har utförts

- Att antal instrument, torkar och nålar stämmer (eller ej tillämpligt)

- Hur preparat är märkta (inklusive patientens namn och personnummer)

- Finns problem med utrustningen som behöver uppmärksammas?

- Operatör, anestesiläkare/sjuksköterska och operationssjuksköterska går igenom huvudpunkterna för det initiala postoperativa omhändertagandet

- Vad kan vi lära? Vad kan vi göra bättre nästa gång?

Bilaga 2

Enkätundersökning

Var god svara senast (datum)

Enkäten består av 13 frågor. Sätt ett kryss vid det alternativ som stämmer bäst överens med ditt svar. Du har även möjlighet att lämna kommentarer på några av frågorna.

1. Jag arbetar huvudsakligen med:
 - Vuxna patienter
 - Minderåriga patienter
2. Antal yrkesverksamma år som operationssjuksköterska:
 - 0-4 år
 - 5-9 år
 - 10-14 år
 - >15 år
3. Jag har fått utbildning i användandet av WHO:s checklista på min arbetsplats?
 - Ja
 - Nej
 - Vet ej
4. Har WHO:s checklista modifierats för att passa din arbetsplats?
 - Ja
 - Nej
 - Vet ej
5. Används WHO:s checklista på din arbetsplats vid elektiva operationer?
 - Alltid (100 %)
 - Ofta (75 %)
 - Ibland (50 %)
 - Sällan (25 %)
 - Aldrig
 - Har inga elektiva operationer
6. Används WHO:s checklista på din arbetsplats vid icke elektiva operationer?
 - Alltid (100 %)
 - Ofta (75 %)
 - Ibland (50 %)
 - Sällan (25 %)
 - Aldrig
 - Har inga icke elektiva operationer
7. Vem tycker du ansvarar för genomgången av checklistan?
 - Operatören
 - Anestesiologen
 - Anestesisjuksköterskan
 - Operationssjuksköterskan
 - Undersköterskan
 - Det är allas ansvar
 - Annan, vem? _____
8. Hur ofta upplever du att en korrekt "timeout" genomförs? (Före incision)
 - Alltid (100 %)
 - Ofta (75 %)
 - Ibland (50 %)
 - Sällan (25 %)
 - Aldrig
 - Om aldrig, varför? _____

Var god vänd

9. Hur ofta upplever du att ett korrekt "avslut" genomförs? (Innan patienten lämnar operationssalen)

- Alltid (100 %)
- Ofta (75 %)
- Ibland (50 %)
- Sällan (25 %)
- Aldrig

Om aldrig, varför? _____

I vilken grad instämmer du i nedanstående påstående?

10. Jag anser att WHO:s checklista ökar patientsäkerheten.

- Instämmer helt
- Instämmer delvis
- Tveksam
- Instämmer inte alls

12. Jag anser att WHO:s checklista ger en ökad teamkänsla.

- Instämmer helt
- Instämmer delvis
- Tveksam
- Instämmer inte alls

11. Jag anser att WHO:s checklista förbättrar kommunikationen inom operationsteamet.

- Instämmer helt
- Instämmer delvis
- Tveksam
- Instämmer inte alls

13. Jag anser att WHO:s checklista fördröjer arbetet på operationssalen.

- Instämmer helt
- Instämmer delvis
- Tveksam
- Instämmer inte alls

Övriga kommentarer:

Tack för din medverkan!

Bilaga 3

Informationsbrev

Till ansvarig chef på berörd operationsavdelning

Förfrågan gällande tillstånd att utföra en enkätundersökning.

Världshälsoorganisationen (WHO) utvecklade 2008 en checklista för att öka patientsäkerheten och minska riskerna för komplikationer vid kirurgiska ingrepp. Checklistan syftar till att stärka redan inarbetade säkerhetsrutiner och bidra till bättre teamarbete och kommunikation inom operationssjukvården. Det har nu gått drygt fem år sedan checklistan introducerades i svensk sjukvård.

Studiens syfte är att undersöka operationssjuksköterskans erfarenhet av att arbeta med WHO:s checklista för säkerhet vid operationer.

Vi önskar Ert tillstånd att lämna ut enkäter till operationssjuksköterskor anställda på denna operationsavdelning. Enkäten beräknas ta cirka fem minuter att besvara. Operationssjuksköterskorna kommer att informeras om studien såväl muntligt som skriftligt. Data som samlas in kommer att hanteras varsamt, inga personuppgifter samlas in. Enkätundersökningen kommer att genomföras under vår VFU-placering hos Er VT 2015.

Resultatet av denna studie kommer att presenteras i form av en magisteruppsats vid Institutionen för Vårdvetenskap och Hälsa, Göteborgs Universitet.

Deltagandet är frivilligt och kan när som helst avbrytas utan att skäl behöver anges.

Ytterligare upplysningar lämnas av nedanstående ansvariga.

Med vänliga hälsningar

Evelina Brorsson
Leg. Sjuksköterska
Operationssjuksköterskestudent
Göteborgs Universitet
gusbrorev@student.gu.se

Emma Jägsmyr
Leg. Sjuksköterska
Operationssjuksköterskestudent
Göteborgs Universitet
gusjagse@student.gu.se

Handledare:
Lars-Olof Persson, universitetslektor
Göteborgs Universitet
lars.persson@fhs.gu.se

Svar på förfrågan om medgivande

Studiens syfte är att undersöka operationssjuksköterskans erfarenhet av att arbeta med WHO:s checklista för säkerhet vid operationer.

Jag har informerats om studien och ger mitt muntliga medgivande till att enkätundersökningen utförs på operationsavdelningen.

Vänligen lämna svar till operationssjuksköterskestudenten vid start av VFU.

Bilaga 4

Forskningspersonsinformation

Världshälsoorganisationen (WHO) utvecklade 2008 en checklista för att öka patientsäkerheten och minska riskerna för komplikationer vid kirurgiska ingrepp. Checklistan syftar till att stärka redan inarbetade säkerhetsrutiner och bidra till bättre teamarbete och kommunikation inom operationssjukvården. Det har nu gått drygt fem år sedan checklistan introducerades i svensk sjukvård.

Studiens syfte är att undersöka operationssjuksköterskans erfarenhet av att arbeta med WHO:s checklista för säkerhet vid operationer.

Du tillfrågas om deltagande eftersom Du arbetar som operationssjuksköterska på denna operationsavdelning. Om Du väljer att delta i studien ber vi Dig att besvara bifogad enkät senast (datum). Enkäten läggs i medföljande svarskuvert, förseglas av Dig och lämnas till Din vårdenhetschef. Varje enkät beräknas ta cirka fem minuter att besvara. Data som samlas in kommer att hanteras varsamt, inga personuppgifter samlas in.

Din medverkan är frivillig och Du kan när som helst avbryta den utan att skäl behöver anges.

Resultatet av denna studie kommer att presenteras i form av en magisteruppsats vid Institutionen för Vårdvetenskap och Hälsa, Göteborgs Universitet.

Om Du har några frågor kan Du vända dig till någon av nedanstående ansvariga.

Med vänliga hälsningar

Evelina Brorsson
Leg. Sjuksköterska
Operationssjuksköterskestudent
Göteborgs Universitet
gusbrorev@student.gu.se

Emma Jägsmyr
Leg. Sjuksköterska
Operationssjuksköterskestudent
Göteborgs Universitet
gusjagse@student.gu.se

Handledare:
Lars-Olof Persson, universitetslektor
Göteborgs Universitet
lars.persson@fhs.gu.se